

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 90.

L'ENTÉROSTOMIE

DANS LE TRAITEMENT

DE L'ILEUS PARALYTIQUE

PAR PÉRITONITE

THÈSE PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 JANVIER 1920

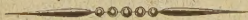
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE CONROZIER

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à Saint-Genis-Laval (Rhône), le 9 novembre 1888



LE PUY-EN-VELAY
IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON
23, BOULEVARD CARNOT, 23

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'ENTÉROSTOMIE
DANS LE TRAITEMENT DE L'ILÉUS PARALYTIQUE
PAR PÉRITONITE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 90.

L'ENTÉROSTOMIE

DANS LE TRAITEMENT
DE L'ILÉUS PARALYTIQUE
PAR PÉRITONITE

THÈSE PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 JANVIER 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE CONROZIER

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à Saint-Genis-Laval (Rhône), le 9 novembre 1888



LE PUY-EN-VELAY
IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON
23, BOULEVARD CARNOT, 23

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ
J. LEPINE

DOYEN.
ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, R. LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique des maladies mentales.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique.....	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie.....	GUIART
Pathologie interne.....	X...
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique.....	DOYON
Médecine opératoire.....	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène.....	POLLOSSON M.)
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL	agréé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle..	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	COTTE
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR,
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	(chargé des fonct)
VORON	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
NOGIER	CADE	PIERY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TIXIER, Président. M. LERICHE, Assesseur.
MM. THEVENOT et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

M. C.

INTRODUCTION

Le traitement des péritonites aiguës est à l'ordre du jour des discussions chirurgicales et promet de le demeurer longtemps. Il doit ce privilège à la gravité de l'infection de la séreuse abdominale et à l'inefficacité fréquente des moyens qu'on peut lui opposer.

Il le doit aussi aux variations de l'opinion régnante sur la valeur de ces moyens : un débat récent à la Société de Chirurgie de Paris reflète cette insuffisance de doctrine.

Successivement on a cru posséder sur la foi d'essais satisfaisants et de statistiques heureuses des armes puissantes qu'on a reconnues simplement utiles à l'usage.

C'est ainsi qu'on n'inflige plus l'irrigation intra-rectale de Murphy avec la conviction que, sans elle, le malade ne guérira pas et qu'on laisse étendus au moins quelques heures les péritonitiques que la position de Fowler empêche de dormir.

D'autres remèdes ont été abandonnés, les uns parce qu'ils étaient pires que le mal, telle la « traite » de l'intestin, les autres parce qu'inefficaces.

Le moyen thérapeutique que nous nous proposons d'étudier est connu depuis longtemps déjà. Le seul

fait qu'il n'ait pas encore conquis la faveur générale témoigne de la relativité de sa valeur. Nous ne le présenterons donc pas comme un procédé toujours nécessaire et toujours efficace. Encore moins laisserons-nous supposer qu'il puisse se comparer ou se substituer au traitement de la lésion causale. Mais il a paru à notre maître **M. Delore** que, faute de connaître exactement à quel cas il peut s'adresser on ne pensait pas l'utiliser aussi souvent qu'on le pouvait.

Ce travail qu'il a bien voulu diriger n'a pas d'autre objet que de rappeler que parmi les interventions pratiquées dans les péritonites aiguës et en particulier dans celles qui se traduisent par l'iléus paralytique l'entérostomie mérite une place. Faite opportunément, elle peut rendre au malade et au chirurgien les plus grands services.

Nous tenons à témoigner ici à **M. Delore** qui voulut bien inspirer notre thèse notre profonde gratitude. Nous avons contracté autrefois envers ce maître une dette de reconnaissance que nous n'oublierons pas.

M. le Professeur Tixier a bien voulu s'intéresser activement à notre thèse et en accepter la présidence. Nous le prions de trouver ici nos respectueux remerciements pour son très bienveillant accueil.

Le **D^r Arnaud**, qui fut notre maître à l'externat et à l'internat, a fourni à ce travail une aide précieuse. Nous l'en remercions très cordialement.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

IMPORTANCE DE L'INFECTION INTESTINALE DANS LES PÉRITONITES AIGÜES

Pour que soient précisées les indications de l'entérostomie dans les péritonites aigües, il est nécessaire de rappeler l'importance de l'atteinte de l'intestin par l'infection de la séreuse. L'entérostomie étant par définition une intervention sur l'intestin, on conçoit, en effet, qu'elle ne puisse prétendre à lutter contre l'infection du péritoine que dans la mesure où cette infection est entretenue et aggravée par celle de l'intestin sous-jacent. Nous porterons donc spécialement notre attention sur les phénomènes dont l'intestin est le siège dans les péritonites.

Ces phénomènes sont maintenant bien connus. Ils sont en particulier décrits et commentés soigneusement dans la thèse de notre maître et ami le D^r Arnaud, ce qui nous dispense d'insister autrement que sur les points strictement nécessaires à notre exposé. Nous ferons à ce travail de fréquents et utiles emprunts.

Quels sont d'abord les dégâts anatomiques causés par la péritonite sur l'intestin ?

La simple inspection trouve les anses atteintes distendues, immobiles, et hyperémiées. Ces trois signes sont caractéristiques. Nous n'insistons pas sur l'état de la séreuse même qui peut être dépolie, tapissée de fausses membranes, etc.... Les anses à l'étroit dans la cavité abdominale font pression sur ses parois mobiles et dilatables ; la paroi antérieure se tend, le diaphragme bombe dans la cavité thoracique et va refouler le cœur et les poumons. En un mot on est en présence de l'iléus paralytique. Notons ici un détail sur lequel nous aurons l'occasion de revenir : on peut observer des anses très distendues et immobiles avec seulement une légère coloration rosée de leur surface, c'est-à-dire avec une péritonite discrète.

L'immobilité de l'intestin est d'une constatation opératoire fréquente. Quand sur des anses distendues et rouges, le sérum chaud ne provoque pas de contractions ; quand le pincement ne les réveille pas davantage, il faut craindre l'iléus paralytique post-opératoire.

La coupe d'une anse lésée montre à un certain moment, outre l'hypervascularisation, l'infiltration œdémateuse des parois.

Quant à l'épithélium de la muqueuse, il est toujours altéré et tombe dans les péritonites graves.

Le contenu lui-même de l'intestin est profondément modifié. Il est constitué par une bouillie plus ou moins liquide extrêmement toxique. — Le coli-bacille, agent habituel des infections intestinales banales, y pullule et

se montre virulent à un haut degré. Mais ce sont surtout des gaz de fermentation que contient sous tension l'intestin, et qui s'échappent en jet à l'incision.

Ce rapide aperçu éclaire la physiologie pathologique de l'intestin dans les péritonites.

L'immobilisation des anses par l'inflammation de leur séreuse va créer deux sortes d'accidents :

1° L'arrêt de la circulation des matières et des gaz ;

2° L'augmentation de virulence et de toxicité du contenu intestinal, dû à la rétention de celui-ci. De ce fait, la résorption qui s'effectue constamment au niveau de la muqueuse va déverser dans la circulation des poisons de plus en plus nombreux et dangereux à mesure que se complète la paralysie intestinale. L'état inflammatoire de la muqueuse, loin d'atténuer ses propriétés d'absorption, les augmente au contraire : l'expérience l'a démontré à Kan Kato, et à Roger et Garnier ; ces derniers ont trouvé le coli-bacille dans le sang de malades atteints d'occlusion intestinale par péritonite.

Mais l'intestin fera plus ; il participera directement à l'infection de la séreuse par transsudation des microbes et des liquides toxiques de son contenu. L'altération ou la chute de l'épithélium de la muqueuse va permettre cette infection par voie directe. M. Gangolphe a montré l'existence de la péritonite dès la douzième heure des occlusions intestinales. Cassin et Charrin ont d'autre part établi que l'infection de la séreuse était facilitée par la chute de l'épithélium intestinal.

Immobilisation de l'intestin et rétention de son contenu auront un autre résultat ; c'est la production in-

cessante de gaz de fermentation amenant la dilatation progressive des anses.

Ainsi va se constituer un véritable *cercle vicieux* : la paralysie intestinale créant la rétention ; la rétention provoquant la fermentation gazeuse ; et la dilatation de l'intestin aggravant à son tour son immobilisation en bloquant les anses à l'étroit dans la cavité abdominale.

On conçoit que, pour beaucoup de chirurgiens, les dangers venus de l'intestin soient plus menaçants que ceux venus de la séreuse, et que, sa cause une fois traitée, la péritonite puisse, comme nous le verrons, justicier surtout d'un traitement intestinal et en tirer de larges bénéfices,

CHAPITRE DEUXIÈME

SYMPTOMES QUI TRADUISENT L'ATTEINTE DE L'INTESTIN DANS LES PÉRITONITES

Il est important de savoir reconnaître dans le tableau clinique des péritonites aiguës les traits qui indiquent les lésions de l'intestin. Sans nous égarer à vouloir faire pour chaque symptôme la part approximative de ce qui revient au tube digestif ou à sa séreuse nous ne parlerons que des signes qui, le plus évidemment, appartiennent à l'intestin. Ces signes se groupent dans le syndrome classique de l'occlusion intestinale par péritonite, autrement dit de l'iléus paralytique.

L'immobilisation de l'intestin et la rétention de son contenu se traduiront par l'arrêt des matières et des gaz, par le météorisme abdominal et par des phénomènes d'intoxication stercorale.

L'arrêt des matières et des gaz survient d'ordinaire progressivement. Il est parfois, après une laparotomie, précédé par une évacuation rectale spontanée puis il s'installe et se complète. Parallèlement, le *ballonnement du ventre* apparaît et grandit avec ses conséquences mécaniques : gêne de la respiration, accélération du cœur, sensation de gêne angoissante. L'abdomen est sonore à la percussion, avec un timbre tympanique ; la matité hépatique a souvent disparu.

L'intoxication stercorale se confond à première vue avec les symptômes dus à l'infection de la séreuse. Il nous semble cependant légitime d'attribuer à l'iléus paralytique ces nausées, puis ces vomissements qui apparaissent dans les jours qui suivent l'intervention et qui peuvent devenir fécaloïdes ainsi que nous l'avons vu dans nos observations. Rapidement le faciès s'altère. Les traits ne sont point réellement « grippés » ; les yeux sont moins cernés que dans la péritonite, mais le teint devient terreux, la langue sèche, l'haleine extrêmement fétide.

Ce tableau de l'iléus paralytique n'est nullement spécial aux péritonites aiguës primitives dont il est une des plus redoutables complications. Il se constitue parfois à l'état pur dans les péritonites secondaires aux occlusions intestinales d'origine mécanique. On constate fréquemment, en effet, après l'intervention curatrice sur une occlusion mécanique, la reproduction des accidents malgré la suppression de l'obstacle : *l'iléus paralytique a succédé à l'iléus mécanique*. Il doit dans ces cas sa présence à la *péritonite* consécutive à l'occlusion. Fréquemment, au cours d'une intervention pour occlusion on trouve des anses rouges ou déjà dépolies. De même qu'il y a des occlusions par péritonite il y a des *péritonites par occlusion*.

Mais qu'il se soit agi primitivement de péritonite ou d'occlusion, le tableau à un moment donné est le même : c'est celui de l'iléus paralytique.

Pour concrétiser ces propositions rappelons comment dans la pratique se présentent le plus souvent ces deux sortes de malades,

Dans un cas c'est le péritoine qui a commencé. Il s'agit par exemple d'une appendicite aiguë qui a été opérée « à chaud ». A l'intervention on a trouvé les anses rosées ou rouges au voisinage de l'appendice et leur dilatation a gêné les manœuvres opératoires. L'appendice a été enlevé, le pus évacué. Mais un ou deux jours après, alors que la température a pu tomber apparaissent des signes inquiétants : le ventre se ballonne, le malade ne rend ni matières, ni gaz, et les vomissements qui avaient cessé après l'intervention réapparaissent. Ces phénomènes s'accroissent les jours suivants sans qu'on puisse mettre en cause une complication locale. L'état général s'altère, la langue se sèche, le teint se plombe, le pouls redevient rapide, la dyspnée apparaît : on est en présence de l'iléus paralytique post-opératoire.

Dans un autre cas il s'agit d'une hernie étranglée opérée tardivement. Le chirurgien a constaté en libérant et réduisant l'intestin ou l'épiploon herniés de la rougeur et de la distention des anses voisines de l'anneau interne. Parfois il existait déjà quelques fausses membranes à leur surface et un épanchement louche dans le sac. Après une sédation passagère des accidents d'étranglement ceux-ci réapparaissent ; matières et gaz s'arrêtent, le ventre se ballonne, les vomissements surviennent, le teint s'altère ; on est en présence de phénomènes d'occlusion péritonitique.

« L'un et l'autre malade débarrassés par l'intervention de leur lésion première peuvent mourir d'occlusion péritonitique ».

EVOLUTION DE L'ILÉUS PARALYTIQUE.

C'est que cette occlusion une fois constituée n'a nulle tendance à la régression spontanée. On sait qu'elle est un des pires dangers des péritonites. Seules pourront guérir en effet les occlusions incomplètes où le météorisme est moyen et où le malade peut évacuer quelques gaz : Telles sont ces atonies consécutives aux interventions abdominales aseptiques et qui se jugent dans les jours qui suivent la laparotomie par une débâcle spontanée. Telles sont encore ces parésies par péritonite légère qu'il est courant d'observer à la suite des interventions « à chaud » dans les appendicites ou les annexites. Ici le ballonnement n'est jamais énorme, l'arrêt des matières et des gaz jamais complet.

Mais le véritable iléus paralytique a une allure autrement grave. Il est à ces atonies post-opératoires ce que l'occlusion aigüe mécanique est à l'obstruction intestinale. On sait combien est longtemps supportée la simple stase des matières. Mais que l'obstacle vienne à se compléter : brusquement l'occlusion éclate et très vite met le malade en péril. De même quand l'iléus paralytique s'installe, tout dans l'aspect du malade traduit la gravité de l'intoxication. De fait, l'iléus paralytique vrai conduit fatalement à la mort si une intervention opportune ne vient pas évacuer l'intestin.

Cette complication mérite d'autant mieux l'intérêt qu'elle paraît laisser trop souvent le médecin désarmé.

En l'absence de tout nouveau foyer de péritonite ou de toute probabilité d'occlusion par coudure de l'intestin sur une bride néoformée, il peut être tenté de rapporter à la gravité de l'infection péritonéale, à la péritonite diffuse, ce qui revient en réalité à l'occlusion paralytique. En un mot, il n'a pu faire le diagnostic de l'iléus paralytique.

CHAPITRE TROISIÈME

DIAGNOSTIC DE L'ILÉUS PARALYTIQUE

Ce diagnostic est difficile à faire avec rigueur. Il n'existe, en effet, pas de signes entièrement particuliers à la péritonite ou à l'occlusion, exception faite pour le vomissement fécaloïde dont on n'attendrait l'apparition qu'au plus grand dommage du malade. La péritonite ne va jamais sans un certain degré de météorisme et de constipation. Pratiquement il est souvent difficile de faire dire au malade s'il a évacué ou non des gaz et encore n'a-t-on là qu'un signe de probabilité. Occlus et péritonitiques vomissent. Il ne s'agit donc pas d'opposer l'occlusion à la péritonite : ce serait opposer l'effet à la cause, mais de savoir reconnaître dans le tableau de la péritonite aiguë les symptômes de l'occlusion paralytique. Cette distinction est capitale, car c'est d'elle que dépend l'indication de l'intervention sur l'intestin.

On devra penser à l'*occlusion paralytique* quand, après l'intervention, la palpation et les touchers n'auront décelé l'existence d'aucun nouveau foyer ; quand rien dans le tableau clinique ne fait penser à une hémorragie ou à une perforation d'un viscère dans la cavité péritonéale ; quand, accessoirement, la numération des globules blancs n'aura pas révélé une ag-

gravation de la leucocytose depuis l'intervention et surtout quand, en l'absence des accidents précités, apparaissent : un météorisme croissant, l'arrêt des matières et des gaz, un état nauséux avec régurgitations puis vomissements.

Il faudra également tenir compte, mais accessoirement, de l'absence de douleur vive et généralisée au palper de la paroi, de la mobilité encore partiellement conservée de la paroi avec la respiration ; de l'absence de matité dans les flancs, pour mettre l'aggravation de l'état du malade plus volontiers sur le compte d'un iléus paralytique.

Mais devra-t-on penser alors uniquement à cet iléus ? Ce serait méconnaître deux accidents post-opératoires classiques : la dilatation aigüe de l'estomac et l'occlusion par bride ou adhérences.

La *dilatation post-opératoire de l'estomac* n'est pas, à notre avis, d'un diagnostic difficile quand elle se présente telle qu'elle est classiquement décrite : le météorisme localisé à l'étage supérieur, les vomissements incessants, le collapsus, et, parallèlement, l'absence ou le peu d'importance des symptômes intestinaux feront porter ce diagnostic. En tous cas une épreuve tranche la difficulté : c'est le traitement. Si les lavages d'estomac et, au besoin, la position en décubitus ventral font disparaître les accidents, c'est que l'estomac était seul en cause. Mais M. Delore nous a enseigné que, dans la pratique, les cas sont plus complexes. La dilatation se présente en effet, rarement, à l'état pur et l'explication que Lecène en a trouvé : compression du duodénum par la racine du mésentère d'où dilatation de l'estomac

déjà atonique — paraît répondre à un faible nombre de cas. Il semble bien que d'ordinaire *l'iléus gastrique et l'iléus intestinal relèvent de la même cause : la péritonite* ; et nous rappelons à ce sujet qu'il n'est pas besoin d'une infection péritonéale à grand fracas pour paralyser le tube digestif sous-jacent.

Cette dilatation gastrique par péritonite est d'ailleurs bien connue depuis les travaux de Jaboulay et de M. Gayet repris dans la thèse de Poissonnier.

Mais, à notre avis, on trouve encore plus fréquemment la dilatation post-opératoire de l'estomac associée à l'occlusion paralytique de l'intestin, et, dans ces cas, il nous a semblé que l'intestin a été atteint le premier. Il s'agit, en effet, de malades dont le météorisme est généralisé ayant à la fois de l'intolérance gastrique et de l'arrêt des matières et des gaz (accidents relevant de la péritonite initiale). Ces malades ne sont que très passagèrement soulagés par les lavages d'estomac. Cela se conçoit, car, chez eux, l'estomac ne s'est dilaté qu'après l'intestin : les lavages ne libèrent que le trop plein intestinal qui a reflué dans l'estomac. Enfin une épreuve décisive tranche la difficulté : l'entérostomie affaisse l'intestin et réussit là où avait échoué le lavage d'estomac.

Le diagnostic réellement difficile est celui de *la nature même de l'occlusion*. En présence d'un iléus prenant brusquement un sujet en pleine santé, le doute n'est guère permis : il s'agit d'une occlusion mécanique. De même dans une péritonite au début il sera logique de rapporter un ballonnement exagéré du ventre à la pa-

ralysie intestinale. Et dans les deux cas l'intervention viendra contrôler le diagnostic.

Mais, dans la pratique, ce diagnostic ne se pose guère avant l'intervention, mais après. Il s'agit de reconnaître la nature d'un iléus post-opératoire, et c'est là le difficile. S'agit-il d'un iléus paralytique vrai, ou bien l'occlusion est-elle le fait d'un obstacle ; pratiquement d'une bride de péritonite organisée ou d'une coudure de l'intestin par des adhérences. On pensera à un obstacle quand existeront des contractions péristaltiques, une douleur plus vive en une région de l'abdomen, un météorisme localisé ; quand enfin l'intervention première aura trouvé des adhérences en voie d'organisation. Mais bien souvent la découverte d'une bride est la surprise d'une nouvelle laparotomie. En réalité c'est tardivement que peut s'affirmer le diagnostic : en l'absence de signes locaux d'obstacle, l'iléus mécanique et l'iléus paralytique relèvent, comme nous le verrons, de la même thérapeutique d'urgence : l'entérostomie. Si cette intervention soulage définitivement le malade, c'est qu'il s'agissait d'un iléus paralytique vrai. Si la perméabilité rectale ne se rétablit pas, c'est qu'on avait affaire à un obstacle sur lequel on pourra secondairement intervenir.

Nous ne chercherons pas à établir ici une distinction inutile entre les occlusions paralytiques et les occlusions « mixtes » où la dilatation de l'intestin a créé la coudure d'une anse joignant ainsi l'obstacle mécanique à l'obstacle dynamique : la coudure disparaîtra quand l'intestin aura été évacué.

CHAPITRE QUATRIÈME

TRAITEMENT DE L'INTESTIN AU COURS DES PÉRITONITES AIGÜES

Ce traitement a essentiellement en vue l'évacuation du contenu intestinal. On a tenté de le réaliser par deux méthodes principales : l'une essayant de réveiller la contractilité péristaltique de l'organe et son évacuation active, l'autre s'adressant uniquement au contenu et s'attachant à le vider mécaniquement.

Nous insistons ici encore pour affirmer que le premier traitement de l'occlusion paralytique toujours indispensable et souvent efficace à lui seul est celui de la lésion causale de la péritonite.

L'énumération des moyens proposés pour vider l'intestin paralysé est longue. Nous serons certainement incomplet, et nous ne nous attacherons qu'à évaluer l'action thérapeutique de chacun ; ainsi ressortiront les indications spéciales à l'entérostomie.

Pour mettre de l'ordre dans cet exposé nous envisagerons successivement, les divers procédés selon leur époque d'application : soit avant, soit pendant, soit après l'intervention sur la lésion première.

Évacuation du tractus digestif avant l'intervention sur la lésion initiale.

Le traitement est toujours simple. Il se borne à l'évacuation du rectum par des moyens de douceur « lave-

ments ». Si l'intolérance gastrique est exagérée, un lavage d'estomac pourra être indiqué avant l'intervention. C'est à quoi se borneront les essais d'évacuation du tube digestif : l'intervention sur la cause de la péritonite étant la meilleure thérapeutique d'une menace d'iléus. Nous n'aurons garde de proscrire absolument toute mobilisation intempestive de l'intestin à cette période, les purgatifs en particulier ont causé des désastres et l'on ne les inflige plus aux péritonitiques.

Rappelons ici que Sick avait proposé l'entérostomie préventive dans les péritonites où le ballonnement abdominal était accusé au point de gêner fortement le chirurgien à l'intervention. Nous retrouverons cette proposition quand nous discuterons les indications de l'entérostomie.

*Traitement de la paralysie intestinale au cours
de l'intervention.*

Cette intervention, avons nous dit, est prophylactique de l'iléus. Elle peut aussi le guérir lorsqu'il n'est pas complet.

Or actuellement on voit moins souvent qu'autrefois les malades arriver au chirurgien avec un météorisme énorme et un intestin bloqué. Opérés plus tôt ils n'ont qu'une distension paralytique de quelques anses. Ce sont ces iléus au début que guérit l'intervention. Il est pourtant des parésies intestinales que certaines interventions aggravent. Ce sont celles qui durent longtemps et exigent la mise à l'air prolongée de quelques anses et leur mobilisation. On sait combien peut

changer d'aspect du début à la fin de l'intervention un intestin mal protégé et trop malaxé. Il est donc pour le moins prudent de respecter activement la technique qui veut l'isolement des anses extériorisées entre de larges compresses imbibées de sérum chaud.

Néanmoins l'iléus paralytique peut être assez menaçant dès ce moment pour qu'on ait proposé et tenté divers moyens d'évacuation du tractus.

Le *sérum chaud*, avons-nous dit, réveille la contractilité intestinale que *l'exposition à l'air* diminue.

Un *courant d'oxygène* déversé selon la méthode de Brinbridge à la surface des anses à la fin de l'intervention réveillerait le péristaltisme. Cette action nous paraît hypothétique. Si l'oxygène peut l'exercer ce n'est que sous forme de courants répétés tel qu'il a été employé après l'intervention. Nous en parlerons plus loin.

Sheild en 1901 publia une observation d'injection d'un mélange *purgatif introduit directement dans l'intestin* au cours de l'intervention. Il utilisait dans ce but une seringue à hydrocèle. Son exemple entraîna quelques chirurgiens américains à répéter cette administration chirurgicale des purgatifs. Nous partageons les réserves que formule Arnaud contre ce procédé qui n'a pas fait école en France.

Ceux que nous allons rapidement étudier maintenant sont des interventions plus ou moins complexes qui se proposent de vider l'intestin de son contenu sur la table d'opération.

Les *ponctions capillaires multiples* de l'intestin pratiquées à l'imitation de la chirurgie vétérinaire ont été

préconisées par Vogt, le Dentu, Nœtzel et visent à provoquer l'évacuation des gaz. Ces ponctions pourraient à la fin de l'intervention dégonfler l'intestin avant la fermeture de la paroi. Nous nous souvenons d'avoir vu pratiquer aux Armées pour une énorme hernie étranglée chez un vieillard pareilles ponctions sur les anses distendues et rouges. On put obtenir ainsi leur affaissement partiel.

Nœtzel a conseillé de continuer l'emploi de ces ponctions capillaires après l'intervention. Des aiguilles flambées allaient piquer l'intestin au travers de la paroi.

Qu'il s'agisse de ponctions à l'intervention ou après celle-ci nous faisons à ce procédé les reproches suivants : Il n'évacue que les gaz et ne peut sensiblement diminuer le contenu liquide. Or, c'est ce contenu qui, en permanence, fabrique des gaz de fermentation. N'évacuer que des gaz, c'est se condamner à multiplier des interventions palliatives négliger l'essentiel : le contenu septique intestinal, et s'exposer à sa résorption. On escompte, il est vrai, le retour de la contractilité intestinale spontanée au moment où l'intestin s'est affaissé. Pareil résultat doit être attendu en vain bien souvent : et d'autre part il ne nous paraît pas absolument anodin de multiplier ces perforations de l'intestin et de la paroi. Les ponctions capillaires paraissent d'ailleurs maintenant abandonnées des chirurgiens.

Nous serons bref sur le procédé d'évacuation par les *ponctions multiples au bistouri*. Ces perforations des anses dilatées nécessitent l'accès large dans l'abdomen, une mobilisation de nombreuses anses, des précau-

tions compliquées pour protéger le péritoine ; toutes manœuvres prédisposant par surcroît à l'atonie post-opératoire contre laquelle on veut lutter.

Très efficace immédiatement, mais particulièrement choquante nous paraît être la *traite de l'intestin* préconisée par l'allemand Dahlgren : les anses sont par lui extériorisées, incisées en un point et vidées par expression en allant de la périphérie à l'orifice d'entérostomie. Pareilles malaxations de l'intestin, bien que défendues par des succès opératoires, ne nous semblent pas à recommander.

Comme les entérostomies multiples et la traite, le *lavage de la totalité de l'intestin* nous paraît être pire que le mal. Il s'agit en effet, à l'instigation de Moncks de Boston, de pratiquer à différentes hauteurs du tube intestinal des incisions par lesquelles on fait passer un courant de sérum. Le liquide s'écoule par l'orifice sous-jacent. Ce procédé nécessite trois entérostomies et des manœuvres de déroulement de l'intestin.... A Lyon Pinatelle et Rivière sur la foi d'expériences cadavériques ont proposé en 1905 l'évacuation de l'intestin selon divers modes opératoires reposant sur le principe de l'introduction d'une longue sonde par l'orifice d'une entérostomie. L'évacuation était obtenue soit par aspiration, soit par une sorte d'écouvillonnage rétrograde. Ils ont étudié également le laminage des anses, déjà proposé par Nætzel, effectuant la traite par une pince spéciale dont les mors sont ici des rouleaux. Nous croyons devoir retenir seulement de ces essais l'idée de l'aspiration du contenu intestinal par la sonde et la proposition d'un embout fixant la bouton-

nière intestinale à la paroi à la manière du bouton de Jaboulay-Villard.

Que dirons-nous de la chirurgie qui traite les anses paralysées par leur *résection*? Wœlker l'a tentée. Il est vrai que l'intestin-réséqué était d'une vitalité douteuse. Nous aimons à croire que c'est là l'excuse d'une pareille mutilation.

A toutes ces interventions nous faisons le même reproche de n'être efficace qu'au prix de manœuvres qui font courir à l'intestin et au malade plus de dangers qu'il n'en risquait.

Deux interventions trouvent ici leur place : l'entérotomie et l'entérostomie. Nous en discuterons les indications et la valeur comparée au chapitre de l'entérostomie.

TRAITEMENT DE L'ILÉUS PARALYTIQUE POST-OPÉRATOIRE

C'est actuellement l'iléus post-opératoire que l'on observe le plus fréquemment. Contre lui encore le chirurgien dispose de toute une gamme de moyens. Mais ce n'est là qu'une richesse apparente.

Le réveil du péristaltisme est tenté par les procédés les plus divers. Le premier que nous citerons relève de la statique : La *position de Fowler* célèbre il y a quelques années dans le traitement des péritonites a, outre son action de drainage, l'avantage de décompresser le diaphragme en favorisant la descente des anses vers le bassin. Elle exciterait de plus le péristaltisme. — Nous retiendrons cette attitude comme susceptible de soulager le malade et d'aider d'autres procédés plus sûrs d'éva-

cuation de l'intestin. Car il est bien admis aujourd'hui qu'on ne guérit pas l'iléus paralytique en plaçant le malade sur son séant.

Nous ne croyons ni efficace, ni très recommandable l'essai du réveil de la contraction intestinale par des médicaments excito-moteurs tels que la *strychnine* ou la *physiostimine*. Malgré les encouragements de Vogel on ne croit pas à l'effet curatif de ces substances dans les vrais cas d'iléus paralytique.

Il en est de même sans doute de l'*aérothermothérapie* préconisée par Bier appliquée en France par Jayle et Miramont de la Roquette.

Enfin les *courants d'oxygène* introduits par le drain de la plaie opératoire ont peut-être plus d'effet contre les adhérences que contre la paralysie de l'intestin.

Il serait étonnant qu'on ait recouru à des opérations compliquées si tous ces moyens médicaux avaient eu une efficacité quelconque.

C'est encore parmi les adjuvants du traitement que nous rangeons l'*irrigation intra-rectale de Murphy* en tant que médication péristaltique. Le récent débat à la Société de Chirurgie de Paris semble d'ailleurs avoir relégué au second plan ce procédé dont on avait voulu faire une des conditions de guérison des péritonites. Nous ne voyons-là qu'un moyen souvent incommode d'administrer du sérum au malade.

Bien préférables paraissent être dans ce but les *petits lavements* de 200 centimètres cubes de sérum répétés toutes les deux ou trois heures. On évite ainsi au malade la gêne souvent insupportable d'une canule intra-rectale permanente.

Un dernier moyen est à la disposition du médecin pour réveiller la contractilité des anses : c'est l'électricité administrée soit sous la forme de *lavement électrique*, soit comme l'ont proposé Pinatelle et Rivière en utilisant pour l'introduction d'un des réophores une entérotomie. De tous les moyens qui sollicitent la contraction active de l'intestin celui-là nous paraît être le plus puissant. Mais il nous semble que la paralysie contre laquelle il est efficace, ce n'est pas la paralysie par péritonite, si grave, mais cette *paralysie réflexe*, qui prolonge parfois les délais d'évacuation spontanée de l'intestin après les interventions aseptiques sur l'abdomen. P. Duval croit l'électricité surtout efficace dans ces cas.

Mais l'iléus paralytique vrai demande autre chose pour guérir : *l'évacuation première de l'intestin*. Ce n'est pas au contenant qu'il faut s'adresser mais au contenu. Cet intestin bloqué par son énorme distension dans une cavité abdominale trop étroite, aux parois infiltrées de sérosité et qui se déchirent sous le fil, est incapable d'une contraction active étendue. Il faut le considérer comme un tube à peu près inerte et donner la première importance à la technique de son évacuation. Ce n'est qu'une fois cette évacuation réalisée qu'on pourra escompter la renaissance du péristaltisme.

Il existe un choix de moyens qui se proposent ce résultat.

Parmi eux, le *lavage d'estomac* est sans doute le plus important des moyens de petite chirurgie. Il peut suffire à parer aux accidents dans l'iléus à début gastrique. Lorsque la paralysie est totale, il ne peut, comme nous l'avons déjà dit, qu'évacuer le trop plein intesti-

nal qui a reflué dans l'organe et soulager le malade en luttant contre l'intolérance gastrique. Encore devra-t-il être répété fréquemment.

Devra-t-on user de la *sonde stomacale à demeure* proposée par Westermann ? Les dangers d'ulcération de l'œsophage et la gêne causée au malade lui ont fait préférer les lavages, répétés aussi souvent que l'exigent la distension et l'intolérance gastrique.

Il faut donc considérer le lavage d'estomac comme un adjuvant très utile du traitement mais il ne peut évidemment prétendre à évacuer l'intestin. Encore faut-il se souvenir que chez des sujets très affaiblis l'introduction du tube de Faucher peut déterminer des accidents syncopaux.

Il est logique de tenter l'évacuation de l'intestin par son bout inférieur. Comme les lavages d'estomac les *lavements* ou les *lavages du gros intestin* rendent des services. Mais là encore, l'évacuation obtenue est purement locale. Il ne faut guère compter agir sur le grêle, et même comme nous le verrons dans deux observations, il ne faut pas toujours compter sur l'évacuation des colon transverse et descendant par les voies naturelles. De même que Jaboulay et Gayet ont montré la nécessité possible de la gastrotomie dans certaines dilatations paralytiques de l'estomac, il peut devenir nécessaire d'intervenir directement sur le gros intestin dans certains cas d'iléus paralytique.

La grande *sonde à demeure rectale* ne réussira pas là où les lavages ont échoué,

Nous ne parlerons des *purgatifs* que pour en proscrire l'emploi : ils seront sans effet sur le péristaltisme

intestinal qu'annihile l'énorme distension des anses, ils exagèreront la sécrétion intestinale et faciliteront de ce fait la résorption du contenu septique qu'ils auront dilué.

Ces moyens médicaux énumérés, il nous faudrait mentionner ici les interventions qui s'offrent au chirurgien contre l'iléus post-opératoire. Nous ne reviendrons pas sur les ponctions capillaires, les lavages entre deux entérostomies ou la « traite », interventions qui peuvent aussi bien être proposées à cette période. Nous ne les avons pas abandonnées précédemment pour les recommander ici.

L'entérotomie va être examinée avec l'entérostomie temporaire dont il nous reste à démontrer l'efficacité à la lumière de nos observations.

DEUXIÈME PARTIE

L'ENTÉROSTOMIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Il semble qu'on doive aux chirurgiens américains l'idée première de l'évacuation de l'intestin par l'entérostomie dans les iléus paralytiques post-opératoires. Arnaud signale Henrotin pour en avoir parlé le premier en 1893, puis comme protagonistes, les noms de Lennander, Heidenhain, Doyen.

Max Schede en 1887 avait proposé déjà l'entérostomie comme intervention préparatoire à la laparotomie et au Congrès de Chirurgie de 1893, Maunoury défendait cette « entérostomie préalable » qui facilitait grandement les manœuvres opératoires en affaissant l'intestin. — Entre temps Madelung et Bœckel avaient proposé d'aider à ces manœuvres opératoires par l'entérotomie pratiquée soit au début (Madelung) pour faciliter les recherches ; soit à la fin (Bœckel) pour aider à la réintégration des anses. Terrier, Michaux et Legueu introduisaient en France cette intervention.

En 1895 Comte dans sa Revue générale sur le traitement de l'occlusion parle longuement de l'entérostomie, mais n'a guère en vue que ses indications dans les occlusions par obstacle. Il ne parle pas de son emploi dans l'iléus paralytique et, par contre dit grand bien des ponctions capillaires contre la paralysie des anses dilatées.

En octobre 1897 la discussion sur l'occlusion intestinale amène la Société de Chirurgie de Paris à parler longuement des indications et résultats de l'entérostomie. A ce moment on est déjà nettement orienté sur son utilité dans les occlusions paralytiques. Quénu, Kirmisson, Reclus, Berger, Nélaton, Chaput, citent des cas de guérison d'iléus paralytique par l'entérostomie. Segond affirme que c'est l'intervention qui offre le maximum de chances de guérison dans les occlusions paralytiques post-opératoires. Enfin Lejars distingue nettement les trois moments d'application de l'entérostomie : avant, pendant et après l'intervention sur la lésion première. Il propose en particulier dans les iléus post-opératoires la boutonnière pratiquée sur l'anse la plus dilatée, cette dilatation pouvant très bien être maxima sur le gros intestin.

La Société de Chirurgie de Lyon en avril 1904 discute à son tour les indications de l'entérostomie dans l'occlusion et particulièrement dans l'occlusion paralytique. M. Gangolphe cite trois cas d'entérostomie soit avant soit après laparatomie tous trois sans succès. M. Bérard indique l'utilité de l'entérotomie à la Bœckel. M. Tixier insiste sur les bienfaits de cette pratique et met en lumière son action curatrice sur la résorption

stercorale. M. Vallas signale l'efficacité de l'entérostomie dans les péritonites post-appendiculaires et rappelle que l'anus créé peut guérir spontanément.

L'accord sur la question ne paraît pas consacré par le temps, car M. Gouilloud en 1911 juge l'entérostomie efficace seulement dans l'iléus mécanique. Elle ne lui a donné que des insuccès dans l'iléus paralytique.

Entre temps on avait recherché les lieux d'élection de la boutonnière intestinale. Dès 1893 Lennauder préconisait la cœcostomie. Weir en 1902 pratiquait sur l'homme l'appendicostomie proposée par Kettley en 1894. Segond l'appliquait en France. Lapeyre en 1905 citait un cas de guérison par appendicostomie d'une occlusion péritonitique, et, en 1910, rapportait plusieurs cas de guérisons de péritonites diffuses par ce procédé. A Lyon, M. Gayet perfectionnait la technique de l'intervention en y introduisant la dilatation de la bouche appendiculaire aux « Béniqué », la mise en place d'une sonde à demeure et les lavages de l'intestin par la sonde.

L'intestin grêle, néanmoins, était choisi par la majorité des chirurgiens à la suite de Lennauder et de Heidenhain.

Cependant, dans des cas exceptionnels, le siège de la boutonnière évacuatrice était reporté très haut. En 1902 Doyen préconisait la jéjunostomie dans les iléus paralytiques.

En 1905 Jaboulay et Gayet conseillaient la gastrotomie dans les dilatations péritonitiques de l'estomac, après échec des moyens médicaux.

Enfin, récemment, la Société de Chirurgie de Paris

dans la discussion sur le traitement post-opératoire des péritonites parle incidemment de l'entérostomie. MM. Quénu, Tuffier et Savariaud l'utilisent avec avantage dans l'iléus paralytique.

Cette énumération, longue encore qu'incomplète, ne témoigne pas de la parfaite unité de vue des chirurgiens tant sur l'époque d'application de l'entérostomie par rapport à l'intervention sur la lésion première, que sur son siège et ses résultats. Il semble même que la question n'ait pas fait de sensibles progrès depuis vingt ans et que la pratique de cette intervention soit encore personnelle à tel ou tel maître. En un mot l'accord n'est fait ni sur les indications ni sur la technique, ni sur les résultats de l'entérostomie dans l'iléus paralytique. Cette insuffisance de doctrine nous a paru regrettable, car elle a eu pour effet de restreindre la pratique d'une opération salutaire.

En dépit de l'ordre suivi habituellement nous traiterons d'abord la technique de l'entérostomie. Nous éliminerons ainsi d'emblée les entérotomies que nous trouvons insuffisantes et nous pourrons ensuite préciser davantage les indications de l'intervention.

CHAPITRE DEUXIÈME

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'ENTÉROSTOMIE.

Si le consentement général n'est pas encore accordé à ses indications, il semble qu'une évolution se soit faite, à la leçon de l'expérience, dans la technique de l'entérostomie. Le premier et important progrès réalisé réside dans la réduction de la bouche intestinale. Les premiers auteurs parlaient souvent d'anus contre nature. Il est question maintenant de « fistules stercorales » qui évitent les accidents des larges anus.

Le second progrès réside dans le perfectionnement de la technique opératoire. Celle que nous préconisons tend vers l'obtention d'une fistule (d'une fistulette, devrions-nous dire) qui soit continente et spontanément curable. On sait que ce sont les avantages, mis en lumière par M. Gayet, de l'appendicostomie.

Lorsqu'il veut évacuer l'intestin par incision, le chirurgien peut choisir entre trois procédés : l'entérotomie — l'anus temporaire — la fistule intestinale. Nous les examinerons dans cet ordre qui est d'ailleurs celui de leur chronologie.

Madelung en 1887 puis, à sa suite, Terrier, Michaux, Legueu, Bœckel préconisèrent l'incision de l'intestin susdistendu pour faciliter les recherches opératoires, la réintégration des anses et pour lutter contre l'intoxi-

cation stercorale. L'anse choisie était extériorisée et incisée; l'intestin évacuait son contenu, puis l'anus était suturé avant la réintégration des anses. Cette entérotomie a rendu de grands services et a souvent rempli entièrement son but. Elle avait l'avantage de laisser après l'intervention l'intestin net de toute perforation et évitait les inconvénients souvent sérieux des anus temporaires. Mais elle est passible d'un reproche capital : elle ne donne à l'intestin qu'un délai de quelques minutes pour se vider. Et ce délai est si court que déjà Madelung conseillait de laisser l'incision ouverte un quart d'heure et d'aider à la sortie des liquides par l'introduction d'une sonde. Or l'expérience a montré qu'il faut souvent à l'intestin, coudé de multiples fois par sa dilatation, un temps d'évacuation qui dépasse largement le quart d'heure de Madelung. L'intestin est en effet divisé, par ses coutures de dilatation en plusieurs segments, et, s'il est facile d'obtenir l'affaissement de ceux qui avoisinent l'incision, en revanche, il faut pour que les segments éloignés se vident à leur tour que les plus proches se soient exonérés. Plusieurs de nos entérostomies ont mis de longues heures à remplir leur fonction. Si donc on veut tenter l'entérotomie ce doit être au moins avec la résolution de la transformer en entérostomie en cas d'échec. Mais dans les cas les plus favorables l'intervention doit être singulièrement prolongée par ce temps d'évacuation; ou bien si un aide est spécialement chargé d'isoler l'anse incisée la protection des autres anses est-elle délicate ou gênante.

Enfin si l'entérotomie est, à la rigueur, défendable à l'intervention elle l'est beaucoup moins dans les

iléus post-opératoires qui à l'heure actuelle, sont la grande majorité. Pratiquer une entérostomie dans ces cas est, pensons-nous, une faute. A l'évolution progressive de l'occlusion il faut un remède à effet continu : une fistule temporaire.

Anus temporaire.

L'anüs temporaire, lui, assure lorsqu'il fonctionne normalement, un écoulement continu des liquides et des gaz intestinaux. Il remplit le but proposé, mais il nous paraît le remplir au prix d'inconvénients sérieux, les uns précoces, les autres tardifs. Précocement, on peut observer deux sortes d'accidents au niveau de la paroi. D'abord le contenu septique de l'intestin peut, malgré que l'anüs ait été établi en deux temps, filer entre les points de suture et inoculer le péritoine. La paroi elle-même peut s'infecter. — Un second danger est, au cas où l'anüs est un peu haut situé, la corrosion de la paroi par les sucs digestifs. M. Gayet a d'autre part signalé la possibilité d'éviscération à la suite de l'infection locale dans la cœcostomie. — Plus tard ce sont les troubles de dénutrition qui sont à redouter. On sait à quelle déchéance physiologique peuvent amener certains anus du grêle. Enfin ces anus qu'on a voulus temporaires, il faudra les fermer et ce sont là des réinterventions souvent délicates.

On peut obvier à la plupart de ces inconvénients en pratiquant sur l'intestin une boutonnière très étroite. C'est ce que recommande encore Gangolphe ; c'est aussi ce qu'ont réalisé les partisans de l'appendicostomie.

On peut ainsi obtenir la fermeture spontanée de l'anus.

Entérostomie par fistulisation à la Fontan.

La réduction du diamètre de l'anus a donc permis d'obtenir des guérisons spontanées. On les constatera plus souvent en préservant le péritoine et la paroi de tout contact avec le contenu intestinal. L'introduction d'une sonde à demeure par l'orifice a réalisé ce grand progrès. Une technique classique de la « stomie » du tube digestif a ici servi à la création de cette fistule : La gastrostomie, selon le procédé de Fontan, a permis à M. Delore de réaliser l'entérostomie avec orifice minimum et sonde à demeure, dont il nous faut maintenant décrire la technique.

Premier temps.

Incision de la paroi. — M. Delore n'incise pas en des lieux d'élection fixés à priori. Il ne prémédite pas tel ou tel siège d'entérostomie : cœcostomie, appendicostomie, iléostomie haute ou basse, mais il ouvre la paroi là où l'inspection et surtout la percussion lui ont révélé ou fait supposer le *maximum de distension de l'intestin*. C'est donc le doigt percuteur qui fixe le siège de l'incision sur l'anse la plus dilatée. Un tel choix aurait paru paradoxal il y a vingt ans. On admettait alors que, pour être efficace, l'anus devait être placé en amont des anses paralysées. Heidenhain et Busch insistaient sur ce point et Doyen avait proposé la jéjunostomie pour les cas où tout l'iléon était paralysé. L'opinion

a radicalement changé depuis : c'est sur les anses dilatées qu'on incise et les résultats montrent le bien fondé de cette pratique ; la fistule créée en plein segment distendu fonctionne. Ce résultat est d'autant plus heureux qu'il permet d'emblée l'évacuation des liquides septiques cherchée pour parer avant tout aux accidents d'intoxication, alors qu'une fistule établie au-dessus des anses paralysées laisse à demeure ce bouillon de culture et manque son but le plus urgent. Si Heidenhain avait raison, on serait condamné à gastrotomiser ou jéjunostomiser la plupart des vrais iléus paralytiques.

Il est utile de situer l'incision aussi loin que possible de toute autre plaie, et, par conséquent, de la séparer nettement de l'incision de la laparotomie qui, dans la plupart des cas, a été déjà pratiquée.

S'il s'agit d'une entérostomie établie à la fin d'une intervention sur la lésion causale M. Delore n'utilise pas la plaie opératoire mais ouvre la paroi plus loin. Il pense donner ainsi à la fistule plus de chances de fonctionner en mettant l'anse à l'abri de l'infection par la plaie opératoire première, et des adhérences rapides qui peuvent la couder.

Enfin cette incision devra être courte, mais permettre cependant la manœuvre qui consistera à rechercher et amener dans la plaie l'anse la plus dilatée au cas où celle qui se présenterait ne serait pas celle-là.

Deuxième temps.

L'anse est mordue par une pince de Chaput. Sur cette pince l'opérateur exerce une traction prudente,

(l'intestin est souvent très friable) qui extériorise une portion d'intestin en forme de cône.

Troisième temps.

La traction étant maintenue par un aide, le chirurgien fixe le pourtour du cône hernié à la paroi par autant de points que le permet l'état de l'intestin. Ce temps est rendu particulièrement délicat par la distension de l'anse et la fragilité de sa paroi. Il est indiqué de ne pas perforer l'intestin, mais l'accident inverse peut se produire : l'aiguille ne charge pas assez de tissu et déchire l'intestin.

Quatrième temps.

La traction sur l'anse continuant, le chirurgien passe autour du sommet du cône et à 2 centimètres de lui environ, un point circulaire faufilé dont les deux bouts libres sont repérés par une pince. La pointe des ciseaux ouvre alors sur le sommet une brèche juste suffisante au passage d'une sonde de Nelaton, de calibre 16. Cette sonde est introduite pendant qu'une traction est faite sur les deux bouts libres du faux-fil ; ce qui a pour effet d'invaginer avec la sonde la portion d'intestin comprise entre celle-ci et le point de faux-fil. On évite ainsi le contact direct entre la muqueuse intestinale et la sonde, et, par suite, on protège contre le contenu intestinal la portion d'intestin fixée à la paroi et la paroi elle-même. Les deux bouts libres du faux-fil sont alors noués sur la sonde, puis repris par une aiguille et fixés à la paroi.

Dès que le malade est dans son lit on adapte à la

sonde un tube de caoutchouc qui déversera dans un bocal placé à terre le contenu intestinal. On réalisera ainsi un écoulement par siphon analogue à celui du drainage des voies biliaires.

Cette intervention est, en réalité, plus vite exécutée que décrite. Elle demande le nombre de minutes nécessaires à une gastrostomie à la Fontan et n'est pas plus choquante. Elle peut s'exécuter facilement à l'anesthésie locale ou sous une bouffée de chlorure d'éthyle. Chez des sujets très affaiblis M. Delore l'a pratiquée sans anesthésie.

Effets immédiats et soins consécutifs.

Souvent, la sonde est à peine mise en place qu'il s'écoule quantité de gaz sous pression et très vite des liquides. Certains de nos malades ont évacué d'emblée plus d'un litre de liquides et une telle abondance de gaz que le ventre, en quelques minutes, s'est affaissé. Conjointement on assistait à une amélioration surprenante de l'état général : la dyspnée disparaissait, le pouls devenait moins rapide et plus plein, le faciès s'améliorait. Certains malades qu'on opérait dans un état très grave étaient en quelques heures transformés : témoignage vivant de la gravité spécifique du syndrome iléus paralytique.

Mais souvent aussi, l'intestin se vide progressivement, par segments, en plusieurs heures.

Enfin, dans quelque cas qui sont la faible minorité, l'effet a été pratiquement nul soit immédiatement, soit tardivement.

M. Delore préconise, dans le but de maintenir la perméabilité de la sonde; de réamorcer le siphon, et surtout d'alimenter le malade, de pratiquer plusieurs fois dans les 24 heures des lavages au sérum tiède en quantité modérée. Mais il n'attend pas de ces lavages des effets comparables à l'amélioration souvent inespérée qui accompagne l'affaissement de l'intestin. Ils constituent, avec les lavements de sérum, un moyen pratique de réhydrater le malade. M. Delore n'est pas tenté de profiter de la sonde pour opérer de grands lavages de l'intestin.

La sonde est enlevée aussitôt que possible, c'est-à-dire dès que les phénomènes péritonéaux s'amendent, et surtout dès que le rectum reprend ses fonctions normales. Ce temps varie du quatrième au huitième jour qui suivent l'intervention. Il est facile de remettre la sonde en place si, comme il est arrivé à un de nos malades, l'iléus menace à nouveau.

Evolution de la fistule.

Si les accidents sont fréquents dans les anus temporaires, ceux de la fistule à la Fontan doivent être exceptionnels. M. Delore n'en a jamais observé. Nous pouvons donc dire que pratiquement, on ne risque ainsi ni infection du péritoine, ni infection de la paroi. Et surtout ces troubles graves de dénutrition du malade par un écoulement intégral du contenu intestinal ne se voient pas; la sonde une fois enlevée en effet, il ne persiste par la fistule qu'un faible suintement, et très vite le rectum fonctionne.

D'ailleurs, l'évolution normale de la fistule est la guérison spontanée. La majorité de nos malades a évité la cure secondaire. Dans les autres cas cette cure a été faite très facilement.

CHAPITRE TROISIÈME

INDICATIONS DE L'ENTÉROSTOMIE.

Ce que nous avons dit dans la première partie de ce travail sur l'aspect clinique de l'iléus paralytique, et d'autre part, l'évidente bénignité de la technique que nous venons d'exposer vont nous faciliter la recherche des indications de l'entérostomie. Nous laisserons chaque fois que nous le pourrons la parole à nos observations. Mieux que toutes les inductions elles nous diront quels sont les cas où il faut avoir recours à l'intervention.

Nous envisagerons ces indications dans le même ordre que nous avons étudié le traitement de l'iléus paralytique, c'est-à-dire que nous les étudierons dans les cas d'iléus constitués avant l'intervention puis dans les iléus constatés à l'intervention et enfin, dans les cas nombreux où l'on est en présence d'accidents d'occlusion post-opératoire.

1° Avant l'intervention.

Il s'agit de l'entérostomie préalable de Max Schede, Maunoury. Aucune de nos observations ne se rapporte à l'un de ces cas, et il semble que depuis vingt ans on songe de moins en moins à la pratiquer.

Cette défaveur s'explique par l'évolution de la doctrine au sujet du traitement des péritonites. Les anciens

maîtres, devant des phénomènes péritonéaux avec iléus paralytique hésitaient à aller à la lésion causale par une laparotomie. Un anus temporaire leur permettait de temporiser. Quelques-uns à qui la laparotomie ne faisait pas peur voulaient néanmoins la faciliter par une évacuation préalable de l'intestin. Les discussions de la Société de Chirurgie de Paris en 1897 reflètent cette crainte des larges interventions abdominales. Certains chirurgiens étaient encore convaincus alors que le traitement unique de toute occlusion intestinale était l'entérostomie.

De nos jours, en présence des mêmes phénomènes péritonéaux avec iléus paralytique, le chirurgien va d'abord à la cause : péritonite ou occlusion mécanique, et les événements lui donnent raison. En effet, cette cause une fois traitée, l'intestin bien souvent recouvre son fonctionnement normal. C'est dire que les indications de l'entérostomie préalable deviennent exceptionnelles. Malgré les encouragements de Sick qui, en 1909, publiait quinze cas d'entérostomie préventive suivis de guérison, nous n'accordons l'indication de l'opération qu'au cas où le malade ne pourrait faire les frais d'une laparotomie première. Aussi bien ces cas sont-ils le plus souvent au-dessous des ressources chirurgicales.

L'entérostomie préalable dans les péritonites ne peut, en effet, se comparer à l'entérostomie préalable aux occlusions : la première ne peut prétendre guérir une péritonite qui tue le malade d'iléus ; la seconde met le malade à l'abri du danger immédiat d'intoxication stercorale et permet au chirurgien d'attendre.

2° *Au cours de l'intervention.*

L'entérostomie pour iléus paralytique constaté à l'intervention est une opération logique et qui respecte les droits de la chirurgie abdominale moderne. La cause est d'abord vue et traitée; la complication iléus paralytique peut mériter une intervention qui complètera la première. Il est, en effet, des cas où le malade guéri de l'accident initial est menacé de mourir par intoxication stercorale dès ce moment. C'étaient ces cas qu'on traitait par l'entérostomie à la Madelung ou à la Boeckel l'expérience a montré qu'il était au moins prudent d'assurer pendant plusieurs jours l'écoulement du contenu intestinal, celui des gaz en particulier. L'entérostomie est donc indiquée quand on constate au cours d'une intervention pour péritonite de vrais signes d'iléus. Mais nous savons que ces signes existent chez la plupart des péritonitiques. Il ne s'agit là que d'une question de degré. On ne va pas, en effet entérostomiser tous les intestins dilatés, mais il sera prudent de dégonfler ces anses surdistendues sur lesquelles on ne peut qu'à grand'peine refermer la paroi. La notion antérieure d'arrêt des gaz, la gêne respiratoire, et surtout le météorisme exagéré sont les signes sur lesquels le chirurgien peut tabler pour compléter son intervention par l'entérostomie.

Nous ajouterons que d'autres facteurs doivent être pris en considération: l'âge du malade et l'ancienneté des accidents. On sait que les vieillards font facilement de l'iléus paralytique. On sait aussi qu'un intestin a d'autant moins tendance à retrouver sa con-

tractilité qu'il l'a perdue depuis plus longtemps.

Tel était le cas dans l'observation que nous reproduisons ici.

Observation N° 1

Service du docteur Delore.

H...., homme de 66 ans, entré à l'hôpital le 28 janvier 1918 avec des signes d'occlusion intestinale datant de 8 jours. Il a été pris brusquement, en pleine santé.

*Intervention le 29 janvier. Laparotomie sous ombilicale. On trouve une partie de l'intestin grêle (un mètre environ) très dilatée. Tout le reste du grêle est au contraire réduit à l'état d'un intestin de poulet. Au voisinage du cœcum, la traction sur l'intestin déchire une bride qui l'enserrait, l'aplatissait depuis longtemps, et qui était d'origine vraisemblablement appendiculaire. Les anses dilatées sont rouges : péritonite discrète. Pour cette raison et surtout étant donnés l'âge du malade et l'ancienneté des accidents d'occlusion on termine l'opération en établissant sur la première anse grêle au-dessus de l'ancienne bride une **fistule intestinale à la Fontan**.*

Le 30 janvier. — La sonde a livré passage à quelques liquides et à une quantité importante de gaz, le ventre s'est affaissé ; le malade ne vomit plus.

Le 4 février. — Le malade a des selles spontanées. La sonde a été supprimée.

Le 16 février. — Le malade est guéri.

L'observation suivante concerne un cas d'iléus précoce par péritonite diffuse.

Observation II

Communiquée par M. Delore.

Mlle X., 24 ans. Malade depuis 5 jours Température de 38° à 40°. Douleurs abdominales, léger tympanisme. Brusquement, 18 heures avant l'arrivée du chirurgien, aggravation des symptômes qui précisent leur origine. Vomissements fécaloïdes, poulx à 140 météorisme énorme, douleur généralisée qui paraît

s'exagérer dans la région sous-hépatique. Bref, signes d'une péritonite généralisée des plus graves à point de départ probablement sous-hépatique. Le jour même, 22 janvier 1917, incision dans la région sous-hépatique où l'on trouve une perforation du grêle entouré de fausses membranes. Plus loin rougeur et dilatation des anses. Aspect de péritonite diffuse.

En raison de la gravité des phénomènes septiques on se contente de placer un drain dans la perforation. Puis pour réduire le ballonnement, **on ponctionne au bistouri une anse voisine**. Il en sort un litre de liquide fécaloïde et une quantité de gaz telle que le ventre s'affaisse complètement.

Mais l'état de la malade est si grave que malgré un soulagement net elle meurt quelques heures après,

Cette observation montre qu'une ponction du grêle peut vider complètement l'intestin si elle est placée au bon endroit. Notons aussi, en dépit du dénouement, que l'évacuation de l'intestin a soulagé la malade, et ce n'est pas là un résultat négligeable.

Nous comptons une troisième observation de fistule pratiquée à l'intervention. Mais l'organe le plus dilaté était cette fois l'estomac, c'est lui qui fut fistulisé. Bien qu'elle semble hors de notre sujet nous rapporterons cette observation au moment où nous classerons nos entérostomies selon leur siège.

Nous n'apportons pas d'observations d'entérostomies pratiquées selon le procédé de Madelung, au début de l'intervention. Mais il est évident qu'une pareille indication peut se présenter. Si nous abandonnons l'entérostomie quand elle veut précéder de longtemps l'intervention curatrice, car elle paraît autoriser une temporisation qui est dangereuse, nous croyons qu'elle peut rendre service si elle est pratiquée immédiatement avant

la laparotomie dans les cas de grand iléus paralytique, car elle facilite les manœuvres opératoires. Le chirurgien n'a pas à redouter la contamination du péritoine, car l'incision n'emprunte pas celle de la laparotomie et d'autre part, la sonde permet de déverser le contenu intestinal loin du champ opératoire.

3° Iléus paralytique post-opératoire.

Depuis qu'on intervient tôt et d'abord sur sa cause, l'iléus paralytique est le plus souvent post-opératoire. Il nous fournit 14 de nos 17 observations, et il est particulièrement intéressant pour les raisons que nous allons donner.

D'abord, il est d'une interprétation difficile : nous avons dit en traitant du diagnostic la difficulté qu'il y a d'éliminer, en présence de phénomènes d'occlusion post-opératoire l'existence d'un obstacle mécanique : adhérences ou brides néoformées. D'autre part, il faut reconnaître à côté de l'iléus, la complication locale (abcès) qui peut expliquer les signes à distance (température, pouls) et contribuer à entretenir la paralysie intestinale. Enfin et surtout cette paralysie est d'ordinaire si irréductible que tout moyen qui s'offre à la combattre mérite l'intérêt du chirurgien. Celui-ci peut, en effet, se croire désarmé quand l'iléus persiste malgré que, localement, tout ait été fait.

Quels sont donc les cas où se pose l'indication de l'entérostomie ?

Il nous semble que tout ce que nous pourrions dire ne vaut pas l'enseignement des faits cliniques. Nous laisserons donc la parole à nos observations en nous

contentant de les grouper selon les formes cliniques auxquelles elles se rapportent.

1^{er} GROUPE D'OBSERVATIONS

L'entérostomie dans les iléus paralytiques accompagnant les péritonites diffuses.

Observation III

Service du Docteur Delore.

M. B. Entre à l'hôpital le 15 juillet 1918 avec une hernie étranglée datant de trois jours ayant subi des tentatives prolongées de taxis. Le scrotum est infiltré par un énorme hématome. L'intestin paraît sain à l'intervention d'urgence pratiquée le même jour. On le réduit. Il existe de la rougeur diffuse des anses voisines.

Après l'intervention le ventre reste ballonné. Douleur diffuse. Arrêt des matières et des gaz. Pouls rapide. Etat général grave. Une péritonite diffuse avec paralysie intestinale est en évolution.

Le 19 juillet. — On pratique une fistule à la Fontan sur le grêle. Elle libère une grande quantité de liquide d'odeur infecte et beaucoup de gaz. Soulagement net.

Mais la péritonite est trop virulente. Après ce soulagement passager, les phénomènes septiques l'emportent et le malade meurt le lendemain.

Observations IV

Service du Docteur Delore

M. P.... homme de 51, ans est entré le 27 mars, 1917 pour une grosse hernie étranglée datant de 2 jours avec des signes des plus nets. Le malade est opéré par le chirurgien de garde qui débride sur l'anneau inguinal interne et constate que l'intestin est sain.

Le 4 avril 1917. — Le malade a évacué quelques gaz et des matières. L'état a paru satisfaisant pendant quelques jours.

Mais il s'aggrave de nouveau ; l'occlusion se constitue : météorisme, constipation absolue, apparition de quelques vomissements. — Le palper décèle un gros plastron dans la fosse iliaque droite. On intervient et l'on trouve l'intestin inclus dans la paroi abdominale avec du pus dans le sac herniaire. L'intestin n'a donc pas été réduit et reste encore partiellement étranglé. On réduit l'intestin, mais l'inspection de la grande cavité montre une péritonite généralisée, les anses sont rouges et dilatées. On se décide à pratiquer en fin d'intervention une **fistule à la Fontan**.

L'intervention est suivie d'une amélioration nette mais passagère, la péritonite continue d'évoluer et le malade meurt le 10 avril 1917.

Nous possédons trois autres observations d'entérostomie dans les péritonites diffuses. L'une est intéressante par son siège et sera citée plus loin. Les deux autres relatent qu'il a été pratiqué sur chaque malade deux entérostomies. Nous les donnerons quand nous traiterons des entérostomies multiples. Enfin nous avons cité auparavant l'Observation II à l'article des entérostomies en cours d'intervention. Au point de vue clinique, il s'agissait évidemment d'une péritonite diffuse. Nous avons donc en tout **six observations d'entérostomie dans les péritonites diffuses. Elles se sont toutes terminées par la mort.** Dans ces cas l'infection de la séreuse dominait la scène et a imposé le dénouement malgré l'efficacité souvent étonnante de l'entérostomie pour évacuer l'intestin. On a dans ces cas tenté cette opération et nous pensons qu'on a bien fait. Car nous savons qu'aucun symptôme n'autorise sûrement l'abstention si le malade n'est pas un moribond ; et d'autre part, il est bien souvent délicat de

faire le partage entre l'intestin et la séreuse dans les signes constatés. Dans le doute on ne s'est pas abstenu et si l'on n'a pu éviter l'exitus du moins a-t-on souvent soulagé grandement le malade en lui rendant la respiration possible et en lui supprimant la douleur angoissante de la surdistention de la paroi.

2^{me} GROUPE D'OBSERVATIONS

Entérostomie dans l'itéus paralytique des péritonites aigües en voie de diffusion.

Observation V

Due à l'obligeance du Dr Arnaud et prise dans le service de M. Delore.

Mme A. . . 20, ans entrée à l'hôpital le 24 Avril 1913 pour des phénomènes abdominaux douloureux.

Antécédents personnels sans particularité jusqu'à un mois et demi avant son entrée où elle eut une crise douloureuse abdominale localisée dans la fosse iliaque droite avec vomissements. Sédation rapide; bonne santé depuis.

Le jour même de son admission à l'hôpital, la malade a été prise à 10 heures du matin d'une douleur abdominale en tout semblable à la première: douleur violente localisée d'abord au point de Mac Burney puis se généralisant ensuite. — 3 heures après le début: Vomissement. — La malade est envoyée d'urgence à l'hôpital par le Dr Arnaud.

Elle présente tous les signes d'une appendicite aigüe en voie de diffusion. Température 39° pouls rapide, contracture généralisée de la paroi, vomissements porracés.

Intervention d'urgence ce même jour à 23 heures (docteur Arnaud) liquide citrin assez abondant dans le ventre, quelques fausses membranes; aucun cloisonnement. Appendice rouge hypertrophié contenant un peu de pus à l'intérieur. Appendicectomie. Drainage.

Cette intervention est suivie d'une amélioration: la température tombe. Mais au troisième jour, nouvelle ascension thermi-

que à 38°5. De plus, la malade présente des nausées suivies de quelques régurgitations. Le ventre est très météorisé; la malade ne fait plus de gaz, *même jour*, incision sur le bord externe du muscle droit du côté gauche. Une anse grêle très distendue et hypervascularisée vient faire hernie dans la plaie. Elle est attirée au dehors et, sans fixation aucune, **ponctionnée au bistouri**. Drain à son intérieur. Il s'écoule rapidement une grande quantité de liquide verdâtre et de gaz.

Le lendemain, l'amélioration est frappante. Le drain est enlevé au bout de quelques jours. La guérison survient très simplement.

Observation VI

Service du Docteur Delore.

L.... homme de 17, ans entré le 10 janvier 1918.

Il s'agit d'un jeune homme atteint d'appendicite depuis quelques jours. Quand il arrive à l'hôpital il présente des signes locaux de péritonite en voie de diffusion.

On intervient le *12 Janvier*. L'incision iliaque droite permet d'enlever un appendice gangrené entouré de pus et de fausses membranes. Drainage.

Au bout de 48 heures, le malade présente un ballonnement qui augmente et devient inquiétant. Constipation absolue. Vomissements. L'état général décline. Signes d'intoxication plutôt que d'infection. Devant ces phénomènes on se décide à pratiquer une **fistule intestinale à la Fontan** dans la fosse iliaque gauche. Effet de soulagement rapide. Puis bientôt reprise de fonctionnement du rectum. On a l'impression d'une amélioration inespérée. Cure longtemps après d'une fistulette persistante par trois plans de catgut. Guérison rapide.

Ces deux cas nous paraissent particulièrement intéressants. Ils montrent qu'il ne faut pas croire avoir tout fait chirurgicalement quand on traite la cause d'une péritonite. Là on n'était pas désarmé contre l'iléus

comme on l'est souvent dans les péritonites hyperseptiques. Il était sans doute plus difficile que ne semblent l'indiquer les observations, de faire le départ entre les phénomènes péritonéaux et intestinaux. La violence et la gravité du début de l'affection pouvaient dans les deux cas, après l'intervention, laisser penser qu'il s'agissait de péritonites au-dessus des ressources de l'art. De semblables succès justifient et récompensent la confiance du chirurgien.

TROISIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Entérostomie dans l'iléus paralytique des péritonites localisées ou en voie de limitation.

Observation VII

Service du Docteur Delore.

Mme H.... Entrée le 15 octobre 1918 pour des accidents péritonéaux. On pense à une hématocele ancienne en raison du peu d'abondance des règles de ces trois derniers mois. Les culs de sac postérieurs sont tendus. *Colpotomie* le 16 octobre. Issue de liquide sanieux.

Dans les jours suivants le ventre reste tendu. Signes d'occlusion La température est à 38° depuis quelques jours. Le ballonnement du ventre augmente. — A l'examen on ne trouve rien d'appréciable sauf un peu d'assymétrie du côté droit qui paraît plus tendu et contracturé.

Le 28 octobre 1918. — Incision droite. On tombe sur des anses agglutinées. Les adhérences descendent dans le petit bassin. Pas de trace de pus. Il s'agit probablement d'une péritonite appendiculaire en voie d'organisation. La distension intestinale est considérable. On fait, en fin d'intervention, une **entérostomie à la Fontan** sur une des anses dilatées.

Les accidents d'occlusion se sont amendés nettement

depuis la fistulisation de l'intestin. Mais les accidents péritonéaux persistent avec des alternatives de mieux et d'aggravation.

Le 21 décembre 1918. — Laparotomie iliaque gauche pour un gros abcès collecté. Un drain est passé dans le vagin.

Le 5 mars 1919. La malade qui s'améliore lentement est encore à l'hôpital. Ce jour on lui ferme sa fistule intestinale qui persistait par trois plans de catgut (méthode intra-péritonéale). Au devant on refait la paroi abdominale.

La malade allait bien depuis, mais se plaignait de pertes vaginales brunes qui à l'examen paraissent être du contenu intestinal. L'intervention montre qu'il s'agissait d'une *fistule colo-vaginale* formant un canal de 3 à 4 centimètres entre l'S iliaque et la partie supérieure du vagin noyé au milieu de la péritonite plastique. La fistule est isolée, sectionnée au thermocautère entre deux ligatures. Enfouissement des moignons. Suites très simples.

Observation VIII.

Communiquée par M. Delore.

M^{me} X., 48 ans, mère de quatre enfants, bonne santé habituelle. Quand on la voit en 1909, elle présente depuis 8 ou 10 jours des phénomènes abdominaux : ballonnement, température de 39 à 40°, vomissements bilieux. Le toucher vaginal décèle une collection dans le Douglas qu'on pense à ce moment être d'origine annexielle. *Le même jour : colpotomie.* Il s'écoule un verre de pus bien lié. Cependant les accidents s'aggravent : la température descend mais les vomissements augmentent, le ballonnement s'accroît, le pouls devient incomptable. On est, en somme, en présence du *syndrome typique de la dilatation aigüe post-opératoire* de l'estomac avec péritonite.

Pendant deux jours, et à plusieurs reprises, on pratique des *lavages d'estomac* qui sont suivis d'une sédation momentanée. Mais les accidents reparaissent rapidement après, si bien, qu'au troisième jour on se décide à pratiquer une **entérostomie à la Fontan**. Elle est placée sur le grêle à gauche.

Dès ce moment les accidents s'atténuent pour disparaître. La malade guérit en conservant sa fistule.

Quatre mois après, pensant à une suppuration annexielle (car il restait toujours une collection à droite que percevait le toucher vaginal combiné) on fait une *laparotomie médiane sous ombilicale* pour pratiquer une castration.

En réalité la tuméfaction droite ne s'était pas développée aux dépens de la trompe, mais de l'appendice. Cette tuméfaction est du volume d'une orange. Elle contient du pus. Ses parois sont très épaisses, et, dans son centre, s'ouvre la pointe de l'appendice perforé. La collection est à cheval sous l'angle iléo-cœcal. Cet angle, ainsi que la portion du grêle sus-jacente est, sur une longueur de 8 centimètres, induré, épaissi et adhérent. Il y a là un véritable rétrécissement inflammatoire, si bien que pendant plusieurs minutes, on se demande s'il faut réséquer ou simplement faire une anastomose entre les deux portions sus et sous-jacentes de l'intestin. Finalement, on laisse les choses en état. On enlève l'appendice, on vide la collection, et, pour assurer le drainage du petit bassin, on enlève l'utérus et on péritonise par dessus le vagin. Fermeture complète du ventre. Suites parfaites.

Un mois après. Suture à trois plans de la fistule intestinale.

Une troisième observation de ce groupe se rapporte à un enfant à qui l'on dut faire une entérostomie sur le colon transverse. Nous la rapporterons plus loin. Nous avons tenu à reproduire in-extenso ces observations intéressantes à de multiples points de vue. Dans chacun de ces cas, l'opportunité de l'entérostomie est prise sur le vif, et l'on peut logiquement dire que l'opération a sauvé les malades. Le chirurgien a fait là ce que la nature fait dans quelques cas heureux où un phlegmon pyo-stercoral s'ouvrant à la paroi crée un anus qui va sauver le malade. Certains blessés du

ventre, pendant cette dernière guerre, ont dû leur salut à cette heureuse fistulisation.

Par ailleurs, ces dernières observations montrent la nécessité de rechercher systématiquement pour les traiter les multiples accidents des péritonites opérées.

QUATRIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Entérostomie dans l'occlusion paralytique avec péritonie discrète.

Observation IX.

Service du docteur Delore.

M. M... 58 ans, entre à l'hôpital le 26 février 1917 pour une hernie crurale étranglée depuis 5 jours. A l'intervention d'urgence, l'intestin hernié paraît avoir une vitalité douteuse. Il existe de la péritonite au début. L'épiploon est adhérent. On ne résèque pas. Réduction. Drainage.

Les jours suivants : ballonnement progressif, un peu de température, pouls assez bon. Le passage des matières se fait mal, mais pas d'occlusion vraie.

Le 7 mars 1917. L'occlusion est constituée malgré les essais d'évacuation par les lavements. Le ballonnement est énorme. Un vomissement fécal. La langue est sèche; l'état général mauvais. On se décide à l'**entérostomie**.

L'incision montre un péritoine rouge : il existe une péritonite diffuse légère. La fistule libère une quantité considérable de gaz et quelques matières liquides. Le ventre s'affaisse, la guérison survient normalement. A noter seulement que la sonde enlevée au quatrième jour a dû être remplacée quelques jours encore sous la menace de retour des accidents.

Il s'agissait dans cette observation d'une péritonite d'abord localisée à l'anse herniée, diffusante ensuite

par la réduction de celle-ci, et d'occlusion paralytique consécutive.

Observation X.

M^{me} M... 63 ans, entre à l'hôpital le 24 juillet 1917 pour une hernie crurale étranglée. L'intervention d'urgence découvre une petite perforation du grêle qu'on ferme avec deux plans de suture. Cure radicale.

Des phénomènes d'occlusion persistent les jours suivants malgré la libération de l'intestin. Le ballonnement est considérable. Le 29 juillet, on tente de remédier aux accidents par une **fistule intestinale à la Fontan**.

La sédation est nette dès le lendemain. La fistule se ferme spontanément dans les jours qui suivent l'ablation de la sonde. La guérison survient normalement et la malade quitte l'hôpital **guérie le 22 août 1917**.

Nous rapporterons plus loin l'observation d'un malade à qui l'on fistulisa le colon descendant et qui cliniquement appartenait à ce groupe d'iléus par péritonite discrète. D'autre part, le malade cité à l'observation I comme entérostomie au cours de l'intervention entrait aussi dans cette forme clinique. Nous en comptons donc quatre observations avec quatre succès. Elles présentent de façon typique ces accidents d'iléus paralytique qui surviennent, chez le vieillard, après la cure radicale des hernies étranglées. Ces malades dont on a levé l'obstacle et qui ont un intestin en état suffisant devraient, semble-t-il, récupérer spontanément leur péristaltisme. Il n'en est souvent rien. Mais qu'on ne se hâte pas de conclure qu'il n'y a plus rien à faire, et qu'on n'attribue pas à de la péritonite herniaire diffusée seule la mort des malades de ce genre

qu'on abandonne à leur sort. Nous pensons que, souvent, ils'agit d'iléus incœrcibles par péritonite discrète. L'iléus est tout, la péritonite négligeable au point de vue traitement. L'occlusion première a créé cette péritonite qui secondairement créera à son tour de l'occlusion. L'entérostomie rompt le cercle vicieux et sauve le malade.

CINQUIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Entérostomie dans l'iléus paralytique chez des sujets âgés opérés tardivement.

Observation XI.

Service du docteur Delore.

M^{me} B., 75 ans, entre le 18 mai 1918 pour une hernie crurale droite étranglée depuis dix jours. Vomissements depuis quatre jours.

A l'intervention d'urgence, on trouve deux sacs herniaires superposés ne renfermant que de l'épiploon. On résèque en région saine. Le doigt pénètre facilement dans la cavité abdominale. On ferme l'anneau.

Au bout de deux jours, les vomissements recommencent au début bilieux, puis fécaloïdes. Ballonnement considérable.

Le 4 mai : incision iliaque droite. On constate que la réduction est bien complète. Mais l'anse qui se présente est rouge. Il s'agit d'une occlusion par péritonite.

On établit sur l'anse une **fistule à la Fontan**. Issue de gaz et de quelques liquides. Mais l'état général reste grave. Les phénomènes péritonéaux l'emportent et la malade meurt.

Observation XII

Service du docteur Delore.

M^{me} L... 69 ans. — *Entrée à l'hôpital le 28 août 1917* pour

une hernie crurale étranglée depuis plusieurs jours. État grave. Ballonnement, douleur diffuse, faciès grippé.

L'intervention montre qu'il s'agissait d'une anse grêle saine mais à péritoine rouge. L'épiploon adhère au sac. Cure radicale.

Le 29 août. — L'état ne s'est pas amélioré. L'occlusion persiste malgré la suppression de l'obstacle. On fait une **entérostomie** sur l'anse grêle étranglée la veille.

La malade sort volontairement le même jour. Nous savons qu'elle est morte quelques heures après.

Dans notre premier groupe d'observations nous avons présenté des cas de péritonite diffuse : le microbe était trop virulent. Là c'est le terrain qui était insuffisamment résistant.

INDICATIONS DES ENTÉROSTOMIES A SIÈGE ATYPIQUE

Nous avons déjà dit qu'il n'y avait pas lieu, à notre avis, de faire systématiquement l'incision de l'intestin en des points fixes. Ce sont les constatations cliniques qui doivent guider le chirurgien, et c'est l'anse la plus dilatée qui sera ouverte. Cette anse est dans la grande majorité des cas une anse grêle. Nous ne prétendons pas par là exclure absolument les entérostomies classiques et, en particulier la caecostomie et l'appendicostomie. Mais nous pensons avec M. Delore que ce serait une faute d'ouvrir un caecum ou de passer une sonde dans la lumière d'un moignon appendiculaire si la région iléocaecale n'est pas particulièrement dilatée. De fait nous ne présentons aucune observation de ces opérations. En revanche, nous avons pensé

qu'il était logique de réserver une place à part à nos observations d'entérostomie à siège atypique et en particulier à deux observations d'entérostomie portant sur les colons transverse et descendant.

Observation XIII

Communiquée par M. Delore

L'enfant X, 11 ans (1907) présente depuis quatre jours des phénomènes péritonéaux qui sont pris pour de l'occlusion. En effet : vomissements constants, ventre ballonné et perception dans la fosse iliaque gauche d'une tuméfaction allongée le long de l'arcade qui en impose pour un boudin d'invagination. Température à 37° depuis le début ; pouls à 70-75.

Étant donné le diagnostic : incision dans la fosse iliaque gauche. On tombe sur un foyer de péritonite. On pense alors à une appendicite et l'on termine l'opération par l'incision de la fosse iliaque droite et l'ablation de l'appendice qui nage dans le pus. Drainage.

Le malade reste à 37°. Pouls normal. Mais son ventre reste ballonné et il vomit. Le toucher rectal montre 7 à 8 jours après l'intervention une collection dans le petit bassin : incision rectale.

Cependant les accidents de sub-occlusion persistent toujours. La température demeure normale jusqu'au 17^e jour après la première intervention. A ce moment elle monte à 40° et va se maintenir pendant un mois avec des oscillations de 38° à 40°. Entre temps la palpation montrant un peu d'induration le long du colon descendant on fait le 20^e jour après la première intervention une incision qui ne montre que des adhérences de péritonite. Mais la température élevée, le ballonnement croissant, les vomissements persistants commandent de tenter chirurgicalement l'évacuation de l'intestin pour laquelle lavements et lavages sont impuissants.

Le ballonnement ayant son maximum dans la région sus-ombilicale on pratique à ce niveau une incision médiane. On

tombe sur le **colon transverse** énormément dilaté. **On le fistulise à la paroi.** Débaclé. A partir de ce moment, les vomissements cessent, le ballonnement disparaît et le malade guérit progressivement.

Fermeture de la fistule trois mois après.

Depuis le malade a fait toute la campagne.

Dans cette histoire clinique particulièrement instructive nous relevons un exemple frappant de l'inefficacité des moyens médicaux pour vider le gros intestin. En dépit de l'opinion classique de l'inutilité de l'entérostomie des colons nous constatons que là où avait échoué un mois de tentatives l'entérostomie a réussi immédiatement.

L'observation suivante nous paraît plus démonstrative encore.

Observation XIV

Communiquée par M. Delore.

M. R... 69 ans. — Occlusion intestinale par bride datant de 8 jours. Péritonite. Intervention : libération de l'intestin. Retour des accidents d'occlusion. — Entérostomie, Guérison.

Le malade est atteint depuis 8 jours de coliques abdominales avec vomissements contenant du sang. On retrouve également du sang dans les selles. Au-dessous de l'ombilic : ondes péristaltiques des plus nettes indiquant un obstacle.

Température 38°5.

Le 14 juin 1917 : laparotomie sous-ombilicale. On trouve immédiatement une anse grêle longue de 40 centimètres étranglée dans un orifice formé par une bride allant de la région iléo-cæcale au péritoine postérieur. Le méso de cette anse paraît un peu thrombosé et les sillons formés par la bride apparaissent nettement sur l'intestin sus et sous-jacent. Le péritoine de ces anses est rouge. Péritonite au début. Section de la bride. Fermeture du ventre.

Le 16 juin. — Le malade va bien ; il a eu des selles spontanées.

Le 18 juin. — L'état s'aggrave : apparition de vomissements fécaloïdes. Le météorisme réapparaît plus développé à gauche. Arrêt des gaz. Température : 39°. Malgré les grands lavements avec longue canule les accidents persistent.

Le maximum de météorisme étant à gauche on fait, à gauche, une boutonnière à la paroi. Le colon descendant très distendu apparaît dans la plaie. On pratique sur lui une **fistule à la Fontan**. Issue immédiate d'une énorme quantité de gaz. Guérison progressive.

Voilà un malade qui a une occlusion sur le grêle avec un peu de péritonite due à ce que les accidents datent de 8 jours. La circulation des matières se rétablit après la levée de l'obstacle, puis s'arrête à nouveau en un siège situé plus bas puisque la distension était prédominante sur le colon descendant et puisque la colostomie gauche a guéri le malade. L'obstacle par conséquent n'a joué aucun rôle dans le retour des accidents. C'est la paralysie intestinale par péritonite légère qui était en cause. Cette occlusion, très grave, puisqu'il y avait des vomissements fécaloïdes, a cédé à l'entérostomie qui a rompu le cercle vicieux.

Enfin nous plaçons ici pour aller jusqu'au bout de notre opinion une observation qui a trait à une gastrotomie et que nous présentons néanmoins pour montrer encore une fois qu'en cas de signes d'iléus il faut logiquement inciser la partie la plus dilatée du tube digestif.

Observation XV

Service du Docteur Delore

Mme R, 32 ans, entre à l'hôpital le 5 mai 1918. Elle est

d'abord admise à la Maternité pour avortement. Elle y est traitée huit jours puis est envoyée dans le service parce qu'elle présente des signes de péritonite consécutive, en réalité, à une grossesse tubaire. Ventre ballonné. Température 38°. Peu de vomissements, mais très mauvais faciès et très mauvais état général. On est certainement en présence d'une grande péritonite diffuse.

On fait immédiatement une incision vaginale qui livre passage à une grande quantité de pus noirâtre d'odeur infecte. L'état du ventre commande la laparotomie : Incision sus-ombilicale. On tombe sur un péritoine en pleine inflammation qui contient de la matière fécale et du pus. Drain abdomino-vaginal.

En raison de la distension considérable de l'estomac on fait une **gastrostomie temporaire**. Mais l'état est extrêmement grave et la malade meurt rapidement.

INDICATIONS DES ENTÉROSTOMIES MULTIPLES.

Ce sont les constatations opératoires qui imposent les entérostomies à siège atypique. Ce sont les constatations cliniques qui peuvent commander les entérostomies multiples. Nous en fournissons deux observations terminées par la mort des malades. Mais nous pensons que lorsque la même indication existe après une première entérostomie infructueuse, il est légitime d'en tenter une seconde et d'autres au besoin. D'autre part on peut admettre que la première entérostomie a été mal située ; une coudure en amont ou en aval empêchant la fistule de jouer. Une seconde peut être plus heureuse. En revanche il ne nous paraît pas anodin de pratiquer simultanément à la façon de Lennander plu-

sieurs entérostomies étagées sur le grêle. Nous préférons la pratique des entérostomies successives moins choquantes et plus en accord avec l'observation clinique ; dans la grande majorité des cas, en effet, l'entérostomie unique suffit à la tâche proposée.

Observation XVI

Communiqué par M. Delore.

M. X. (1918) 56 ans. — Est malade depuis deux jours. Il présente tous les signes d'une appendicite rapide mais grave : peu de signes physiques, mais faciès grippé, teint plombé, pouls rapide, température à 40°.

Le soir même, ablation d'un appendice complètement gangréné. Pas de pus. Il semble que l'appendice était enflammé depuis longtemps et a subi une nouvelle poussée aigüe ces jours derniers. Cœcum dilaté à l'intervention. Drainage.

Le lendemain, la température baisse, le pouls est meilleur mais le ballonnement augmente. Il augmente encore les suivants et s'accompagne d'un arrêt des matières et des gaz. Vomissements au 4^e jour.

Malgré des lavages d'estomac qui ramènent un liquide noirâtre les vomissements persistent. Arrêt persistant des matières et des gaz malgré les lavages de l'intestin.

Le 5^e jour au matin, **entérostomie** au-dessus de la fosse iliaque droite. Résultat nul.

Le lendemain, entérostomie dans la fosse iliaque gauche. Résultat également nul.

L'état général s'aggrave, et *le malade meurt au 8^e jour* de péritonite toxique.

Observation XVII

Service du Docteur Delore.

Mme C... 43 ans entrée le 20 Mars 1917 pour une hernie crurale étranglée depuis plusieurs jours. Elle est opérée par le

chirurgien de garde qui pratique une résection intestinale d'une anse grêle étranglée avec anastomose au bouton.

Au bout de 48 heures les accidents du début persistent : vomissements, arrêt des matières et des gaz. Le ballonnement du ventre augmente. Il s'agit d'accidents d'occlusion paralytique. On intervient en pratiquant **une fistule sur une anse grêle distendue**.

Les accidents s'amendent après cette intervention, mais la température s'élève les jours suivants. Le palper découvre *le 30 Mars* un plastron sus-pubien. On l'incise. Il s'écoule un liquide stercoral. Au fond de la cavité sous-péritonéale on sent le bouton d'anastomose qu'on enlève. Drainage. La malade demeure les jours suivants dans un état précaire. Peu à peu les accidents d'occlusion par péritonite réapparaissent et s'aggravent.

Le 12 Avril on essaie de vider l'intestin par une **nouvelle fistule** sur la première anse grêle dilatée qui se présente au voisinage de l'ancienne fermée spontanément depuis quelques jours. On n'observe pas cette fois une sédation marquée des symptômes. Les phénomènes péritonéaux l'emportent et la malade meurt le lendemain.

L'examen de ces 17 observations nous confirme ce que nous avons dit de l'allure clinique de l'iléus paralytique. Il est partout semblable à lui-même quelle que soit l'affection primitive : péritonite ou occlusion mécanique. Partout dans nos observations, au moment où l'iléus se constitue le tableau clinique est le même. D'autre part, les constatations opératoires vérifient l'existence de la péritonite aussi bien lorsqu'il s'est d'abord agi de hernie étranglée que lorsqu'on a eu affaire à une appendicite. Il n'a été donc pas arbitraire de confondre ces divers cas dans la même énumération.

Au point de vue des chances de succès qu'offre l'entérostomie, divers facteurs sont à considérer.

Il est nécessaire que la lésion causale soit d'abord traitée. L'entérostomie ne doit pas précéder de plusieurs jours l'intervention, mais la compléter.

Une réaction péritonéale intense et généralisée laisse peu de chances à l'entérostomie.

Au contraire quand la paralysie des anses est le phénomène dominant on peut escompter fermement le succès.

Ce succès est très possible dans les péritonites aiguës au début si l'intervention sur la cause a jugulé l'infection.

Il est enfin nécessaire que le sujet offre encore une résistance suffisante.

STATISTIQUE

Nous avons rapporté 17 cas d'iléus paralytique traités par l'entérostomie. Sur ces 17 cas nous comptons 8 décès et 9 guérisons.

Décomptons nos observations en suivant le même ordre clinique que précédemment. Au point de vue du moment de l'entérostomie nous comptons :

1° trois observations d'entérostomie au cours de l'intervention curatrice avec un succès et 2 morts ;

2° 14 observations d'entérostomie pour iléus paralytique post-opératoire avec 8 guérisons et 6 morts.

Il nous paraît plus clair de considérer nos résultats **d'après les formes cliniques** de la péritonite cause de l'iléus. Dans cet ordre nos observations se répartissent ainsi :

6 cas d'entérostomie dans des péritonites diffuses ou diffusées avec 6 morts ;

2 cas dans des péritonites aiguës en voie de diffusion avec 2 guérisons ;

3 cas dans des péritonites localisées ou en voie de limitation avec 3 guérisons ;

6 cas d'entérostomie pour iléus paralytique dans des péritonites discrètes mais chez des sujets âgés, atteints depuis plusieurs jours d'occlusion mécanique, avec 4 guérisons et 2 morts.

CONCLUSIONS

Au cours des infections péritonéales primitives ou secondaires à une occlusion mécanique, les dangers d'intoxication stercorale venus de l'intestin paralysé sont fréquents et graves, même après une intervention satisfaisante sur la lésion initiale.

Cette paralysie est causée par la péritonite que l'on constate régulièrement au cours de l'intervention.

La péritonite se manifeste le plus souvent sur l'intestin par une parésie curable spontanément ou médicalement, mais parfois par le **syndrome d'iléus paralytique**.

L'iléus paralytique constitué est le plus souvent rebelle à la médication par les voies naturelles. Seule l'évacuation chirurgicale de l'intestin est susceptible de le guérir.

Parmi les nombreuses interventions pratiquées pour effectuer cette évacuation, l'**entérostomie à la Fontan** nous paraît être la moins dangereuse et la plus sûre.

L'entérostomie a les plus grandes chances de réussir lorsque l'infection péritonéale est discrète et localisée ou arrêtée dans sa diffusion, en un mot lorsque l'iléus paralytique est le syndrome dominant.

Elle ne peut enrayer l'évolution des péritonites dif-

fuses aigües ou elle ne réussit d'ordinaire qu'à soulager le malade.

Elle ne peut en aucun cas se substituer à l'intervention sur la lésion causale qui demeure la condition première du traitement.

Vu : *Le Doyen,*
L. HOUGOUNENO.

Le Président de la thèse,
TIXIER.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 17 décembre 1919,

Le Recteur, président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons limité nos indications bibliographiques aux travaux qui se rapportent à l'iléus paralytique et, plus particulièrement, à son traitement.

ARNAUD, *Le traitement des péritonites diffuses aiguës*. Thèse de Lyon, 1911.

BAINBRIDGE, *Oxygen in Medicine and Surgery*. New-York State of Medicine, juin 1908.

BOECKEL (*en rapport Le Dentu*). Académie de Médecine, 1890, XXIII, p. 491.

COMTE, *Revue générale sur le traitement de l'occlusion intestinale*. Semaine médicale, 1893, p. 109.

DAHLGREN, *Behandlung von Darmlähmung*. Centralblatt f. Chir., 1903, p. 394-97.

DOYEN, Congrès allemand 1902 (*à propos de la jejunostomie dans l'iléus paralytique*).

P. DUVAL, *Précis de Pathologie Chirurgicale*. T. II, p. 452.

G. R. FOWLER, *De la péritonite septique diffuse et d'un nouveau traitement par l'élévation du tronc*, Medical Record 1900, t. LVII, p. 617-623. Idem, t. LVII, p. 1029-1031.

GAYET, Lyon Chirurgical 1911 (janvier), p. 179. *L'appendicostomie dans le traitement de l'occlusion intestinale*.

GOULLLOUD, Société de Chirurgie de Lyon, 8 juin 1911.

HEIDENHAIN, Arch. für Klin. Chir. 87, IV, p. 211.

JABOULAY-GAYET, in Poissonnier, *La Gastrotomie évacuatrice dans le traitement des péritonites*. Thèse de Lyon, 1903-1906.

JAYLE et DAUSSET, *L'aérothermothérapie dans le traitement de la*

- septicémie péritonéale aigüe post-opératoire*, Presse méd., 29 déc. 1909, p. 140.
- KAN KATO, *La résorption des gaz dans l'intestin*. Beitr. z. Path. und Thérap. 2 avril 1910, t. 1, fasc. 3.
- KEETLEY, *L'appendicostomie dans les péritonites*. Annals of Surgery, 1909, t. L.
- LAPEYRE, Congrès de chir. 1903 (*à propos de l'appendicostomie*). — *Appendicostomie et cœcostomie*. Gaz. méd. du Centre, 1^{er} août 1910, p. 73 à 77.
- LE DENTU, Sem. méd., 1890, p. 151 (*sur l'entérostomie selon le procédé de Bæckel*).
- MADLUNG, Arch. für Klin. Chir., 87, IV, p. 211.
- MAUNOURY, Congrès français de Chir., 1893 (*à propos de l'entérostomie préalable*).
- MAX SCHEDE, 16^e Congrès allemand de Chirurgie, 1887 (*sur l'entérostomie préalable*).
- MICHAUX et LEGUEU, Soc. de Chir. de Paris, 1897 (*à propos de l'entérostomie opératoire*).
- MIRAMONT DE LA ROQUETTE, Progrès Méd., 2 avril 1910 (*sur l'aérothermothérapie*).
- MONCKS, *Le lavage de la totalité de l'intestin dans l'iléus paralytique*, Assoc. amér. de Chir., 4-16 mai 1908, In Revue de Chir. 1908, t. XXXVIII, p. 441.
- MURPHY (in Moquihan), *On the continuous administration of fluids by the treatment of peritonitis*, Lancet 1907, t. II, p. 432.
- PINATELLE et RIVIÈRE, *De l'évacuation méthodique de l'intestin dans les occlusions mécaniques aigües*, Revue de Chirurgie, 1905, t. XXXII, p. 229-244.
- ROGER et GARNIER, *L'occlusion intestinale. Pathogénie et physiologie pathologique*. Presse méd., 23 mai 1906, p. 325-27.
- *Toxicité du contenu intestinal*, Bull. de la Soc. de Biol., 1905, p. 388.
- SHEILD, *Introduction directe des purgatifs*. British méd. Journal, 1901, t. II, p. 1864.
- SICK, *Sur l'entérostomie préalable*, Deutsch Zeitschrift für Chir., sept. 1909.

Société de Chirurgie de Lyon. Séances des 21 et 28 avril in
Lyon médical, 1904, t. I, p. 1184 et 1241 (GANGOLPHE, VALLAS,
GOULLLOUD, BÉRARD, TIXIER).

Société de Chirurgie de Paris, 1897. Séances des 6 et 13 oc-
tobre (QUÈNU, KIRMISSON, RECLUS, BERGER, NÉLATON, SEGOND,
CHAPUT, LEJARS).

Société de Chirurgie de Paris. Séance du 2 juillet 1919 (QUÈNU,
SAVARIAUD, TUFFIER).

TERRIER, Société de Chir. de Paris, 1887 (*sur l'entérostomie par
le procédé de Madelung*).

WESTERMANN, Centralbl. für Chir., 5 mars 1910, n° 10.

WOELKER (*in Hirschel*), Beiträge z. Klas. Chir., 1907, t. LXVI,
p. 340.

VOGEL, *Physiostigmin. und Peristaltik*, Centralblatt, 1911, n° 9,
p. 307.

VOGT, Thèse de Paris, 1881 (*à propos des ponctions capillaires*).

TABLE DES MATIÈRES

Première Partie

INTRODUCTION

CHAPITRE I. Importance de l'infection intestinale dans les péritonites aiguës.....	4
CHAPITRE II. Symptômes qui traduisent l'atteinte de l'intestin dans les péritonites.....	5
Evolution de l'iléus paralytique	8
CHAPITRE III. Diagnostic de l'iléus paralytique	10
CHAPITRE IV. Traitement de l'intestin au cours des péritonites aiguës.....	14
Evacuation du tractus digestif avant l'intervention sur la lésion initiale.....	14
Traitement de la paralysie intestinale au cours de l'intervention.....	15
Traitement de l'iléus paralytique post-opératoire	19

Deuxième partie. L'entérostomie

CHAPITRE I. Historique	25
CHAPITRE II. Technique opératoire de l'entérostomie.....	29
Anus temporaire.....	31
Entérostomie par fistulation à la Fontan.....	32
Premier temps.....	32
Deuxième temps.....	33
Troisième temps	34
Quatrième temps	34

Effets immédiats et soins consécutifs	33
Evolution de la fistule.....	36
CHAPITRE III. Indications de l'entérostomie.....	38
Avant l'intervention.....	38
Au cours de l'intervention.....	40
Iléus paralytique post-opératoire.....	43
1 ^{er} Groupe d'observations.....	44
2 ^e Groupe d'observations.....	46
3 ^e Groupe d'observations.....	48
4 ^e Groupe d'observations.....	51
5 ^e Groupe d'observations.....	53
Indications des entérostomies à siège atypique	54
Indications des entérostomies multiples	58
STATISTIQUE.....	62
CONCLUSIONS.....	63
BIBLIOGRAPHIE	65

